



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**ANA LUÍSA TEIGA DA
COSTA PEREIRA
VARELA**

***DISTRESS PSICOLÓGICO: CONTRIBUTOS PARA A
ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DO SQ-48***

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

o júri

Presidente

Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Doutor José Paulo Correia de Almeida
Professor Auxiliar Convidado, ISMAI – Instituto Superior da Maia

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço à minha família, no geral, e à minha querida mãe, em particular: o apoio, a motivação, a sabedoria, a paciência e o carinho – sempre, e pelo sempre.

Aos meus amigos, em especial às minhas Catarinas, pela compreensão, pela força, pelos empurrões, abanões e fugas proporcionadas.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, e também à Dr.^a Maria João e à Professora Paula Vagos, por toda a disponibilidade, encorajamento, empatia e conhecimento partilhados.

Aos participantes e a todos os outros que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a bem sucedida realização deste estudo.

palavras-chave

Distress psicológico, avaliação psicológica, questionário de sintomas, constructos positivos, adaptação de instrumentos, análise fatorial confirmatória

resumo

Recentemente, tem sido realçada a importância do *distress* psicológico no impacto na saúde, qualidade de vida e psicopatologia dos indivíduos. Contudo, são reduzidos os instrumentos de avaliação deste constructo, pelo que a presente investigação tem como principal objetivo contribuir para o seu estudo através da adaptação do *Symptom Questionnaire* (SQ-48) (Carlier et al., 2012) para a população portuguesa. Foi utilizada uma amostra de 758 estudantes de enfermagem (81,7% do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos ($M=20,7$; $DP=2,8$). O instrumento de avaliação SQ-48 é um questionário de avaliação do *distress* psicológico composto por 48 itens e que inclui constructos psicológicos negativos e positivos avaliados segundo nove subescalas: Humor, Ansiedade, Somatização, Agorafobia, Agressão, Problemas Cognitivos, Fobia Social, Funcionamento no Trabalho e Vitalidade/Otimismo. Após a tradução e retroversão do instrumento, foram conduzidas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) para a análise da estrutura fatorial do SQ-48. Procedeu-se também ao estudo da consistência interna, das validades e dos dados normativos. Os resultados da AFC evidenciam índices de ajustamento satisfatórios para três dos quatro índices considerados, com valores de CIF (0,941), TLI (0,936) e RMSEA (0,054) indicativos de bom ajustamento do modelo de nove fatores a 47 itens. A consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach e foram obtidos resultados satisfatórios para as nove subescalas do SQ-48, com oscilações entre os 0,626 e os 0,870 valores. Os coeficientes de correlação item-total obtidos variaram entre os 0,255 e os 0,757 valores. Foram obtidas variações entre os 0,234 e os 0,952 valores relativas à carga fatorial de cada item. Verificou-se que, no geral, as subescalas do SQ-48 se encontram significativamente associadas entre si. Os resultados sustentam boa validade convergente. O instrumento final encontrado e as suas características psicométricas apresentam algumas diferenças com o instrumento do estudo original e os resultados obtidos levantam algumas questões que são discutidas de forma sustentada. Os resultados validam o SQ-48 como um instrumento de avaliação consistente e multidimensional do *distress* psicológico, com itens devidamente adequados à medição dos constructos subjacentes. São avançadas considerações importantes e pertinentes para investigações futuras. Este estudo veio contribuir para o reforço do conhecimento desta área científica, assim como para o enriquecimento do contexto português no âmbito da avaliação psicológica, fornecendo bases de reflexão e para uma prática baseada na evidência.

keywords

Psychological *distress*, psychological assessment, symptom questionnaire, positive constructs, instrument adaptation, confirmatory factor analysis

abstract

Recently, it has been emphasized the importance of psychological distress in the impact of an individuals' health, life quality and psychopathology. However, there is a few number of instruments regarding the assessment of this construct, for the present research's main goal is to contribute for its study by adapting the Symptom-Questionnaire (SQ-48) (Carlier et al, 2012) to the Portuguese population. We used a sample of 758 nursing students (81,7% female) with ages ranging from 17 to 43 years old ($M=20,7$; $SD=2,8$). The assessment instrument SQ-48 is a 48-item questionnaire for the evaluation of psychological distress which includes both negative and positive constructs assessed by nine subscales: Mood, Anxiety, Somatization, Agoraphobia, Aggression, Cognitive Problems, Social Phobia, Work Functioning and Vitality/Optimism. After the instrument's translation and retroversion, Confirmatory Factor Analyses (CFA) were conducted in order to investigate SQ-48's factorial structure. Internal consistency, validity and normative data were also studied. The CFA results demonstrate satisfactory adjustment indices for three of the four indices considered, with CIF (0,941), TLI (0,936) and RMSEA (0,054) values indicating good fit of the nine factor model with 47 items. The internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha and satisfactory results were obtained for the nine subscales, with variations from 0,626 to 0,870. The total-item correlation's coefficients ranged from 0,255 to 0,757. Variations from 0,234 from 0,952 were obtained, regarding the factorial loads for each item. It was verified that, in general, the SQ-48's subscales are significantly associated. Results also support good convergent validity. The final instrument obtained and its psychometric properties showed some differences in comparison to the instrument of the original study and the results reported raise some important questions which are discussed in a sustained way. The results validate the SQ-48 as a multidimensional and consistent tool for the evaluation of psychological distress, with items properly adequate to the measurement of the subjacent constructs. Important considerations for future investigations are made. This study represents a crucial contribution for the knowledge of this scientific field, as well as for the enrichment of the Portuguese background regarding the psychological evaluation, providing bases for critical analysis and an evidence-based practice.

Índice

Introdução.....	1
Método.....	6
Resultados.....	11
Discussão.....	19
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra.....	7
Tabela 2: Estrutura fatorial, médias (M), desvios padrão (DP) e fidelidade do SQ-48.....	14
Tabela 3: Correlações entre as subescalas do SQ-48.....	16
Tabela 4: Correlações entre subescalas do SQ-48 e o BSI (subescalas Depressão, Ansiedade, Sensibilidade interpessoal, Somatização, Ansiedade fóbica, Hostilidade e Índice Geral de Sintomas).....	17
Tabela 5: Dados normativos da amostra para oito das nove subescalas do SQ-48.....	18
Tabela 6: Estatística descritiva para as pontuações obtidas no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI: total, por género e das populações geral e com perturbação emocional.....	19

Índice de Figuras

Figura 1: Representação da estrutura fatorial final do SQ-48 obtida através da Análise Fatorial Confirmatória do modelo de nove fatores a 47 itens.....	13
---	----

Introdução

A doença mental é uma das principais causas mundiais de incapacidade em todo o mundo e relaciona-se com um decréscimo geral do funcionamento do indivíduo (WHO, 2013). A quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2002) conceptualiza a perturbação mental como um conjunto ou padrão de sinais e sintomas de índole psicológica ou comportamental, clinicamente significativos e associados a ansiedade atual, incapacidade ou risco aumentado de morte, dor, incapacidade ou perda significativa de liberdade. O DSM-IV constitui um instrumento muito válido para a classificação psiquiátrica e globalmente usado em diversos domínios, tais como a prática clínica, a docência e a investigação e representa um sistema de classificação categorial das perturbações mentais (APA, 2002). Isto é, baseia-se num conjunto de critérios com características definidoras para a divisão das perturbações mentais em tipos – categorias. Preferencialmente, tais categorias deverão ser mutuamente exclusivas, com fronteiras bem delimitadas e compostas por membros o mais homogêneos possível.

O *distress* psicológico (DP) pode ser caracterizado como a reação de um indivíduo a fatores indutores de stress internos e externos e contempla a experiência de um estado psicológico desagradável associado a um elevado desgaste emocional (Ritsner, Modai & Ponizovsky, 2002). Este envolve sintomas do foro depressivo e ansioso, tais como baixa autoestima, sentimentos de desesperança, ansiedade, agitação e tristeza, que são experienciados pelo indivíduo quer física, quer psicologicamente. Entre outros aspetos, o DP tem sido sugerido como um relevante indicador de fatores como a presença e/ou desenvolvimento futuro de psicopatologia, da qualidade de vida, do planeamento apropriado do tipo e forma de tratamento e, até, da evolução associada ao mesmo (Pai, Drotar, Zebracki, Moore, & Youngstrom, 2006; Ritsner, Modai, & Ponizovsky, 2002; Simard, Hudon, & Reekum, 2009; Slade, Grove, & Burgess, 2011; Van den Broeck, D'Hooghe, Enzlin, & Demyttenaere, 2010).

Embora a literatura não seja totalmente consistente nesta matéria, a maioria dos estudos aponta para uma prevalência acrescida de *distress* psicológico entre estudantes universitários, comparativamente com a população geral (Bernhardsdóttir & Vilhjálmsdóttir, 2013; Cvetkovski, Reavley, & Jorm, 2012; Nerdrum, Rustøen, & Rønnestad, 2006; Stallman, 2010). Entre estes, os estudantes a frequentar cursos na área da saúde (Medicina,

Enfermagem, Fisioterapia, etc.) são apontados como particularmente vulneráveis à experiência de elevado desgaste emocional, com uma tendência para os estudantes do sexo feminino reportarem níveis superiores de desgaste (Dyrbye, Thomas, & Shanafelt, 2006; Verger et al., 2009; Watson et al., 2009). Recorrendo a uma amostra bastante representativa de sujeitos (6479), Stallman (2010) encontrou uma prevalência significativamente superior de DP nos estudantes do ensino superior (83,9%), comparativamente com a população geral (29%), sendo que os maiores preditores de *distress* encontrados pelo autor foram ter idade compreendida entre os 18 e os 34 anos, ser do sexo feminino, frequentar o último ano do curso, estudar em regime ordinário e a existência de problemas financeiros.

Por se tratar de uma atividade ocupacional de natureza multifacetada, interativa e exigente, a Enfermagem é pautada por uma constelação de circunstâncias causadoras de stresse, tais como exigência laboral com fraco suporte, rápidas alterações das condições de atuação, escassez de recursos (materiais e pessoais) e trabalho com pessoas em sofrimento em contextos frequentemente relacionados com a morte (Watson, 2009). Mesmo ainda durante a fase da aprendizagem, a adoção de uma atitude ética e a capacidade de estabelecer empatia são qualidades deveras enfatizadas e valorizadas aquando da atividade de um enfermeiro. Contudo, o contexto de trabalho nas circunstâncias supracitadas pode representar um forte encargo psicológico para o já profissional ou o ainda estudante, comprometendo a aquisição de tais características e favorecendo a perceção de carga de trabalho que, no estudante de enfermagem, se traduz num aumento da experiência subjetiva de estudo e necessidade de aplicação e desempenho académicos (Nerdrum, Rustøen, Rønnestad, 2006). Entre as principais variáveis predictoras de DP futuro ao longo do curso destacam-se o nível inicial de sintomas de desgaste psicológico, a qualidade das relações interpessoais (apoio instrumental, afetivo, entre outros) e a qualidade da estruturação do programa de estudos do curso (Nerdrum, Rustøen, Rønnestad, 2006). Também em Portugal os estudantes de Enfermagem, mais do que a maioria estudantes de outros cursos superiores, parecem viver uma permanente sujeição a situações indutoras de stresse (Lourenço, 2012; Pacheco, 2008). Num estudo recente conduzido por Lourenço (2012) sobre o stresse académico dos estudantes em ensino clínico conclui-se que os estudantes de enfermagem apresentam valores médios elevados de ansiedade (traço e estado) e stresse, sendo que os fatores indutores de stress mais proeminentes foram dois,

nomeadamente a falta de competência para executar os procedimentos e os riscos e medos associados à aprendizagem da prática clínica (Lourenço, 2012). Um outro estudo com estudantes universitários portugueses a frequentar os quatro anos do curso superior de Enfermagem encontrou relações significativas entre fatores e manifestações de stresse, género e estratégias de *coping*, em que as situações percebidas como mais indutoras de stresse foram as avaliações do tipo ensaio clínico e questões relacionadas com aspetos pessoais e de gestão do tempo e trabalho, com as estudantes do sexo feminino a reportarem manifestações superiores de stresse do tipo físico e cognitivo-emocional (rapazes do tipo comportamental) (Custódio, Pereira, & Seco, 2009). Assim, uma formação desta natureza parece aliar um conjunto de fatores potencialmente ameaçadores e stressantes para os seus estudantes, corroborando a ideia de que esta representa uma população de risco no que concerne ao desenvolvimento futuro de doença mental.

De acordo com a definição avançada pela Organização Mundial de Saúde [*World Health Organization*, WHO], a saúde compreende um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença (WHO, 2013). Assim, a saúde mental refere-se ao conjunto de fatores direta ou indiretamente relacionados com o bem-estar mental de cada pessoa e encontra-se, por isso, relacionada com a promoção de bem-estar, a prevenção de psicopatologia e o tratamento e reabilitação de pessoas que padeçam de doença mental. A Psicologia Positiva diz respeito ao movimento que procura estudar o papel das experiências, emoções e traços individuais positivos, constituindo uma “*tentativa de levar os psicólogos contemporâneos a adotarem uma visão mais aberta e apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades humanas*” (Sheldon & King, 2001, p.216). No âmbito deste movimento, existe uma maior sensibilidade e um foco crescente no que concerne à necessidade de prestar atenção a constructos psicológicos positivos, tais como a vitalidade, o otimismo e o funcionamento laboral. Os relatos científicos sobre a importância e os benefícios destes constructos são inúmeros e em número crescente, em concomitância com a tradicional consideração por dimensões negativas como a ansiedade e a depressão (van Fenema, van der Wee, Giltay, den Hollander-Gijsman, & Zitman, 2012).

O otimismo está definido como uma tendência relativamente estável para a criação de expectativas positivas e associa-se à capacidade para formar imagens mentais associadas a eventos positivos futuros, assim como a expectativas mais elevadas relativas à

probabilidade de ocorrência de tais eventos (Blackwell et al., 2013). A vitalidade correlaciona-se positivamente com o bem-estar subjetivo e pode ser entendida como um fator associado ao afeto positivo, sendo possível de avaliar através de dimensões como o vigor físico, mental e estado de alerta do indivíduo (Gouveia et al., 2012). O funcionamento no trabalho pode ser avaliado através da percepção do sujeito sobre a qualidade das funções desempenhadas, assim como das emoções experienciadas nesse contexto (Carlier et al., 2012). Embora distintos, verifica-se que os conceitos surgem muitas vezes associados entre si. Assim, a presença de vitalidade/otimismo parece operar na promoção e manutenção de estados de saúde física e psicológica (Boehm, Peterson, Kivimaki, & Kubzansky, 2011; Clanton et al., 2011; Griggs et al., 2007; van Fenema et al., 2012), assim como em níveis superiores de funcionamento laboral (Patel et al., 2010), ao passo que défices nestas dimensões parecem constituir uma importante característica da depressão, com implicações significativas no prognóstico clínico. Um outro estudo aponta para uma correlação forte negativa significativa entre vitalidade e *distress* psicológico (Salama-Younes, Montazeri, Ismail, & Roncin, 2009). Parece também existir uma ligação entre o otimismo e diversos benefícios emocionais e sociais, tais como melhor saúde física, bem-estar emocional, manutenção de estados de afeto positivo e adoção de comportamentos de saúde (Blackwell et al., 2013; Matthews & Cook, 2009), tendo sido sugerido que uma atitude otimista proporciona ao indivíduo uma atitude orientada para potenciais ganhos e desenvolvimento pessoal, ao invés de uma focalização passiva no problema (Sturgeon & Zautra, 2013). Por último, baixos níveis de funcionamento laboral parecem relacionar com sintomas do foro depressivo e estados de doença (Burdick, Goldberg, & Harrow, 2010).

A avaliação psicológica é uma etapa crucial na prática psicológica e nos seus diversos domínios de atuação. Os instrumentos de avaliação são uma ferramenta útil, prática e de uso recorrente no acesso ao *distress* psicológico. Esta forma de avaliação é comumente realizada através de instrumentos de autorrelato que visam a quantificação dos sintomas apresentados pelo indivíduo (quanto maior este número, maior a severidade do caso) e que focam essencialmente aspetos sintomáticos diretamente relacionados com constructos psicológicos negativos (Groth-Marnat, 2009). Diversos estudos corroboram a importância do acesso ao DP em contextos médicos de saúde física e mental. A importância do impacto do DP no contexto académico pode ser avaliada através da análise

de alguns dos seus correlatos negativos. Entre estes, destacam-se o desgaste pessoal, desempenho académico comprometido, falta de empatia na relação com os pacientes, assim como um aumento generalizado dos custos relacionados com a educação e saúde (Ritsner, Modai & Ponizovsky, 2002). Ademais, foi sugerido que a procura de apoio psicoterapêutico nem sempre é assegurada, pelo que existem estudantes a sofrer sintomas associados a desgaste psicológico que não são devidamente acompanhados por profissionais de saúde mental (Wynaden, Wichmann, & Murray, 2013).

O *Symptom Questionnaire* (Carlier et al., 2012) é um instrumento de avaliação do *distress* psicológico sobre a forma de questionário e composto por um total de 48 itens agrupados segundo nove dimensões independentes. Segundo os autores, foi desenvolvido de forma a incluir diferentes subescalas relacionadas com diversos domínios psicopatológicos compatíveis com as categorias de diagnóstico presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2002), tendo em vista três objetivos principais: 1) itens de compreensão fácil e inequívoca, independentemente do nível educacional do indivíduo; 2) inclusão de medidas de funcionamento capazes de avaliar o impacto objetivo do *distress* psicológico no quotidiano do indivíduo e 3) abranger a avaliação da (falta de) vitalidade/otimismo. Posto isto, o SQ-48 pretende representar um instrumento de utilização simples, rápida e livre de custos, inovador no acesso ao *distress* emocional, uma vez que rompe com a tradição na área, ao compreender a avaliação, não só de aspetos psicológicos negativos, mas também de constructos positivos relativos à saúde mental. É, segundo os autores, uma ferramenta de *screening* capaz de melhorar aspetos relativos ao diagnóstico de psicopatologia em contextos clínicos e não clínicos, adequada para diversos fins enquanto instrumento de monitorização ou para fins de investigação. Cinco das nove dimensões do SQ-48 pretendem a avaliação de aspetos relacionados com psicopatologia e compreendem as subescalas Humor, Ansiedade, Somatização, Fobia Social e Agorafobia. As restantes quatro dimensões orientam-se para a avaliação de aspetos comportamentais ou de funcionamento específicos e compreendem as subescalas Agressão, Problemas cognitivos, Trabalho e Vitalidade/Otimismo. Os resultados relativos à análise das características psicométricas do SQ-48 e obtidos pelos seus autores originais revelam boa consistência interna e boa validade convergente e divergente. O SQ-48 constitui, assim, um instrumento válido de avaliação do DP em populações clínicas e não clínicas. Nenhum outro estudo de

adaptação do SQ-48 foi conduzido até ao momento, à exceção de um estudo preliminar facilitador da compreensão do comportamento desta escala na avaliação do *distress* (Varela, Pereira, Arian, & Santos, 2013).

Como anteriormente referido, a grande maioria dos instrumentos de avaliação do *distress* psicológico existentes no presente momento foca-se exclusivamente em constructos negativos. Um olhar sobre a realidade portuguesa reflete igualmente uma lacuna no que respeita à consideração da ação combinada de constructos psicológicos positivos e negativos. Assim, porque se verifica uma escassez de instrumentos válidos, avaliadores de constructos positivos e devidamente adaptados à população portuguesa e porque a população universitária constitui uma população de risco para a manifestação de desgaste emocional presente e futura, foi conduzido o presente estudo.

O principal objetivo desta investigação é realizar a adaptação de um instrumento de avaliação do *distress* psicológico para a população portuguesa, nomeadamente para o estudo e a apresentação de dados psicométricos relativos ao Questionário de Sintomas (SQ-48). Secundariamente, pretende-se também estudar a prevalência de *distress* psicológico numa amostra representativa de estudantes portugueses a frequentar um curso superior na área da saúde. Serão, por isso, igualmente apresentados dados normativos relativos à prevalência de *distress* numa amostra representativa de estudantes universitários portugueses.

Método

Participantes

A amostra foi recolhida por conveniência com recurso a métodos não probabilísticos. Inicialmente, 776 estudantes universitários a frequentar a totalidade dos quatro anos do curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), em Portugal, preencheram a bateria de questionários. Depois de retiradas as provas inválidas, a amostra final foi constituída por 758 estudantes, 619 (81,7%) do sexo feminino e 139 (18,3%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos. A média das idades é 20,7 anos (DP=2,8).

A maioria dos participantes é solteira (97,8%) e vive com a família (74,9%) ou com colegas de quarto (18,9%). Relativamente ao ciclo de estudos, grande parte dos estudantes frequenta o primeiro (35,5%) ou o quarto ano (31,9%) do curso, em regime de estudos

ordinário (96,4%), comparativamente com a classe ‘trabalhador–estudante’ (3,6%). No que respeita à avaliação do próprio rendimento escolar, a maioria dos estudantes classifica o seu desempenho académico como ‘bom’ (50,1%) ou ‘razoável’ (46,7%).

Relativamente à prevalência de doença do foro psicológico, 3,6% dos estudantes afirmaram ter ou já ter tido um problema de saúde mental, sendo que 9,6% afirma ter procurado acompanhamento psicológico desde a entrada no Ensino Superior. Verificou-se um efeito significativo do género na procura de acompanhamento psicológico ($\chi^2(1)=8,919$; $p=0,003$), com as mulheres a procurarem significativamente mais este tipo de apoio, em comparação com os participantes do sexo masculino. A tabela 1 espelha os dados obtidos no que respeita à caracterização da amostra.

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas da amostra.

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Género	139	18,3	619	81,7	758	100
Estado civil						
Solteiro(a)	135	97,1	606	97,9	741	97,8
Casado(a)	2	1,4	7	1,1	9	1,2
Outro	2	1,4	6	0,9	8	1,1
Agregado familiar						
Vive sozinho(a)	7	5,0	25	4,0	32	4,2
Com parceiro(a)	2	1,4	15	2,4	17	2,2
Família	107	77,0	461	74,5	568	74,9
Amigos/Colegas	23	16,5	118	19,1	141	18,6
Ano académico						
Primeiro ano	59	42,4	210	33,9	269	35,5
Segundo ano	12	8,6	91	14,7	103	13,6
Terceiro ano	31	22,3	113	18,3	144	19,0
Quarto ano	37	26,6	205	33,1	242	31,9
Regime de estudos						
Ordinal	130	93,5	577	93,2	731	96,4
Trabalhador-estudante	9	6,5	42	6,8	27	3,6
Perceção do rendimento académico						
Má	2	1,4	4	0,6	6	0,8
Razoável	53	38,1	301	48,6	354	46,7
Boa	81	58,3	299	48,3	380	50,1
Muito boa	3	2,2	15	2,4	18	2,4
Psicopatologia						
Sim	3	2,2	24	3,9	27	3,6
Não	136	97,8	595	96,1	731	96,4
Acompanhamento psicológico						
Sim	4	2,9	69	11,1	73	9,6

Não	135	97,1	550	88,9	685	90,4
-----	-----	------	-----	------	-----	------

Instrumentos

Foi aplicado um questionário sociodemográfico desenvolvido para o efeito, onde os participantes responderam a questões acerca do género, idade, escolaridade, agregado familiar, regime de estudos, percepção do rendimento escolar, problemas de saúde mental e história de acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Além disso, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação psicológica:

Questionário de Sintomas – SQ-48 (versão original: Ingrid Carlier et al, 2012). O SQ-48 é uma escala de autorrelato constituída por 48 itens que avalia o *distress* psicológico de uma perspetiva multidimensional. Foi desenvolvido como um instrumento breve de *screening* para melhorar o reconhecimento e/ou estabelecimento de diagnóstico em amostras clínicas e não clínicas e inclui constructos psicológicos positivos e negativos avaliados segundo nove subescalas: Humor, Ansiedade, Somatização, Agorafobia, Agressão, Problemas Cognitivos, Fobia Social, Funcionamento laboral e Vitalidade/Otimismo. Cada item é respondido através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que 0 = “Nunca”, 1 = “Raramente”, 2 = “Às vezes”, 3 = “Frequentemente” e 4 = “Muito frequentemente”. A versão original do SQ-48 apresentou um valor de consistência interna satisfatório ($\alpha = 0,97$) e coeficientes relativos às nove subescalas igualmente satisfatórios, com variações entre 0,78 e 0,98. A análise fatorial confirmatória conduzida no estudo original indica um bom ajustamento do modelo a nove fatores para o SQ-48, comparativamente com o modelo de confirmação com um fator. As intercorrelações entre as várias subescalas foram calculadas pelos autores através do coeficiente *rho* de Spearman e os seus valores variaram entre 0,38 e 0,81. As correlações mais elevadas foram encontradas entre as subescalas Depressão e Ansiedade ($p=0,81$), Depressão e Problemas Cognitivos ($p=0,78$) e Ansiedade e Fobia Social ($p=0,73$), ao passo que as subescalas Vitalidade e Agressão ($p=0,38$) e Agorafobia e Agressão ($p=0,39$) representam as correlações mais fracas.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (versão original: Derogatis, 1982; versão portuguesa: Canavarro, 1999). Este é um instrumento de autorrelato de avaliação do *distress* psicológico que permite avaliar a experiência de sintomas psicológicos e somáticos nos últimos sete dias, incluindo o dia da sua administração. Foi construído a partir do *Symptom Check-List* (SCL-90-R; Degoratis & Cleary, 1977), a sua versão mais longa e um instrumento constituído por 90 itens avaliadores de sintomas psicopatológicos e

que, possuindo a vantagem de avaliar um vasto leque de dimensões psicopatológicas, implica também alguma morosidade na aplicação, fator que esteve na base do desenvolvimento do BSI. O BSI avalia sintomas psicopatológicos através nove dimensões de sintomatologia: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. É composto por 53 itens cujas respostas são cotados pelo sujeito através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, em que 0 = “Nunca”, 1 = “Poucas vezes”, 2 = “Algumas vezes”, 3 = “Muitas vezes” e 4 = “Muitíssimas vezes”. Contempla ainda três Índices Globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional, sendo este o Índice Geral de Sintomas (IGS) (ponderação entre a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalado), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) (média da intensidade de todos os sintomas assinalados pelo indivíduo) e o Total de Sintomas Positivos (número total de queixas sintomáticas apresentadas, independentemente da intensidade respetiva). O BSI pode ser administrado à população geral e a populações clínicas, podendo ser utilizado com adolescentes a partir dos 13 anos de idade. A versão portuguesa do BSI revela índices satisfatórios de consistência interna, calculados através do alfa de Cronbach e cujos valores globais oscilam entre os 0,62 e os 0,80 para as nove subescalas (Canavarro, 2007). Esta versão possui também boas propriedades psicométricas no que concerne à estabilidade temporal e validades de constructo, discriminativa, preditiva e concorrente (Canavarro, 2007). No presente estudo foi obtido um coeficiente alfa total igual a 0,944, resultado indicador de boa consistência interna.

Os instrumentos utilizados podem ser consultados no Anexo 2.

Procedimento

A primeira etapa do processo de validação do SQ-48 para a população portuguesa consistiu na sua tradução. Após pedida e obtida a devida autorização dos autores do questionário (ver Anexo 1), procedeu-se à tradução para a língua portuguesa. Foram tidos em consideração dois importantes fundamentos inerentes ao processo de adaptação do instrumento, nomeadamente as equivalências lexical e cultural, asseguradas e definidas pela equipa de investigação. Posteriormente, procedeu-se ao método da discussão falada com um grupo de 15 indivíduos a frequentar o ensino superior e com características equivalentes à futura população de amostragem. Da sessão de *debriefing* surgiu uma

pequena proposta de alteração, a que o grupo de investigação aceitou, tendo-se concluído que, na generalidade, a escala foi bem aceite e compreendida pelo grupo, indo ao encontro das expectativas estipuladas. Por fim, um profissional devidamente habilitado para o efeito realizou a retroversão da escala para a língua inglesa, a partir da versão final portuguesa já traduzida. A versão em língua inglesa resultante da retroversão foi posteriormente comparada com o instrumento original avançado pelos autores e a equivalência entre as duas versões assegurada.

Para a recolha efetiva dos dados junto dos participantes, foi enviado um documento formal com o respetivo pedido de autorização para a aplicação dos questionários, tendo sido obtida a aprovação do Conselho de Ética da ESEnfC. Assim, os estudantes foram convidados a participar no presente estudo de forma voluntária e abordados pelos seus professores, que explicaram os objetivos e procedimentos associados à presente investigação. Os participantes preencheram um questionário sociodemográfico devidamente desenvolvido pelos autores para o efeito, assim como uma bateria de questionários composta por três escalas de autorrelato. Foram asseguradas aos participantes questões de confidencialidade e da possibilidade de desistência da participação no estudo a qualquer momento, além de respondidas todas as questões levantadas relativas ao estudo.

Análise estatística

O tratamento e análise da estatística descritiva e inferencial dos dados foram realizados através da versão 19.0 do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (IBM Corp., 2010). Foi também usada a versão 6.0 do Mplus para aceder à estrutura fatorial do SQ-48 (Muthén & Muthén, 2010).

À semelhança do procedimento estatístico utilizado pelos autores originais, foram conduzidas Análises Fatoriais Confirmatórias para a avaliação da validade de constructo. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) consiste numa técnica estatística de confirmação, orientada pela relação teórica entre as variáveis observadas (também medidas ou itens) e as variáveis não observadas (também fatores ou constructos). Utiliza um modelo teórico *a priori* para estimar a matriz de covariância estimada de uma população, que é comparada com uma matriz de covariância observada, pretendendo-se minimizar a diferença entre as matrizes estimadas e as matrizes observadas (Schreiber, Stage, King, Nora, & Barlow,

2006). Procurou-se analisar e confirmar a estrutura anteriormente obtida pelos autores originais. As AFC foram realizadas através de uma amostra de 758 estudantes e os dados previamente tratados. Os *missing values* foram substituídos pelo item de resposta médio para cada escala de resposta. Sujeitos com três ou mais *missing values* foram excluídos da base de dados. Foi conduzida uma AFC para avaliar a adequabilidade do modelo com nove fatores (o modelo estrutural consistente com as subescalas do SQ-48), que foi posteriormente comparado com o modelo com um fator. A consistência interna da escala foi avaliada através dos coeficientes alfa de Cronbach e correlação item-total. O estudo das validades divergente e convergente foi realizado através da análise dos coeficientes de correlação de Spearman. Por último, procedeu-se à análise dos dados normativos da amostra.

Resultados

Análises Fatoriais Confirmatórias

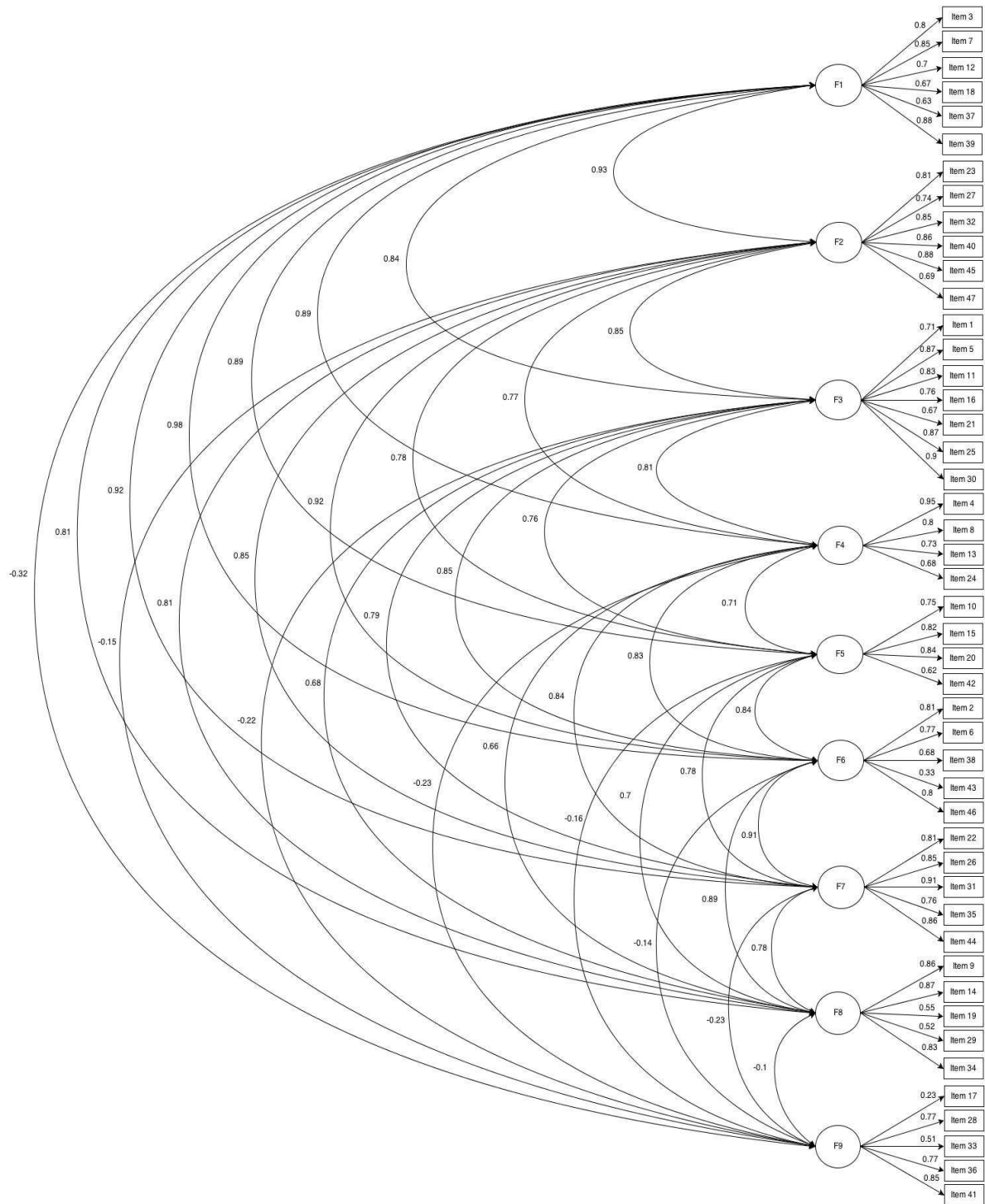
Foi inicialmente conduzida uma AFC para testar a adequabilidade do modelo com nove fatores à estrutura do SQ-48. A análise dos valores de assimetria e curtose demonstra que nem todos os itens obedecem aos parâmetros da curva normal. Por esta razão, as variáveis observadas foram tratadas como categoriais e o método de estimação (*fit estimations*) foi baseado na probabilidade de robustez máxima, com recurso a matrizes de correlação policóricas (Kline, 2011). A AFC baseia-se numa série de diferentes testes e índices de ajustamento uma vez que cada um destes revela diferentes vantagens e limitações na avaliação do ajustamento entre o modelo estimado e o modelo observado. Não foi usado o teste de ajuste exato porque a estatística do qui-quadrado é muito sensível a desvios no teste a modelos complexos, como é o caso (Kline, 2011). Como tal, e em conformidade com as linhas de orientação consultadas, a avaliação do ajuste global do modelo foi realizada através de testes de ajuste aproximado, sendo apresentados para cada AFC conduzida os seguintes índices: *Compared Fit Index* (CIF), *Tucker-Lewis fit Index* (TLI), *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR) e *Root Mean Squared Error of Approximation* (RMSEA) (Schreiber et al., 2006). No que se refere aos pontos de corte para os diferentes índices de ajustamento, foram tomadas como referência as visões contemporâneas e mais consensuais. Neste sentido, encontra-se que são sugestivos de bom ajustamento valores de CIF e TLI próximos ou superiores a 0,95, com valor mínimo igual

a 0,90 (Brown, 2006); valores de RMSEA próximos de 0,06 ou inferiores a 0,07 (Brown, 2006; Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008) e valores de WRMR inferiores a 0,90 (Schreiber et al., 2006).

A avaliação do ajuste global do modelo de confirmação de nove fatores a 48 itens revela um valor de CIF igual a 0,892 e um valor de TLI igual a 0,883. Os valores do RMSEA e WRMR obtidos foram 0,073 e 2,052, respectivamente (ver Anexo 4). Embora os resultados obtidos nos índices CIF e TLI sejam indicadores de ajustamento inadequado, os valores obtidos aproximam-se consideravelmente do ponto de corte estipulado como referência ($CIF/TLI \geq 0,90$). Neste sentido, de forma a atingir a adequabilidade do modelo e a obter valores de ajustamento consistentes com um bom modelo estrutural de confirmação, foram exploradas possíveis modificações no modelo original. Procedeu-se à análise dos coeficientes de correlação item-total fatorial de cada item, assim como da consistência interna. A modificação do modelo original consistiu na eliminação do item 12, incluído na subescala da Vitalidade. Consideramos que esta escolha é justificada pelos seguintes motivos: 1) baixa correlação do item com os restantes itens da subescala, obtendo um coeficiente de correlação item-total igual a 0,173 e 2) a eliminação do item traduz-se num aumento decimal substancial da consistência interna da subescala associada. Para uma consulta mais detalhada destes valores, ver o Anexo 5.

Foi conduzida nova AFC com o novo modelo de confirmação com 47 itens. O modelo de nove fatores a 47 itens obteve um valor de CIF igual a 0,941, um valor de TLI igual a 0,936 e de RMSEA igual a 0,054. No WRMR foi obtido um valor igual a 1,614. O novo modelo de confirmação usado revela índices de adequabilidade superiores ao modelo original com 48 itens, com valores de CIF, TLI e RMSEA a indicar bom ajustamento. Foi obtido um valor insatisfatório no índice WRMR. A Figura 1 representa a configuração gráfica da AFC a nove fatores e 47 itens. Este modelo de confirmação foi posteriormente comparado com o modelo com um fator. Para tal, foi conduzida uma terceira AFC para testar a adequabilidade do modelo com um fator. A análise dos índices de ajustamento revela valores insatisfatórios para os três índices de ajustamento considerados ($CIF = 0,869$; $TLI = 0,863$; $RMSEA = 0,079$; $WRMR = 2,298$), indicando que o modelo tem um mau ajustamento (ver Anexo 3).

Figura 1: Representação da estrutura fatorial final do SQ-48 obtida através da Análise Fatorial Confirmatória do modelo de nove fatores a 47 itens.



Consistência Interna

A consistência interna do SQ-48 foi obtida através do cálculo do alfa de Cronbach para cada uma das nove subescalas da estrutura final com 47 itens. A Tabela 2 representa os valores relativos à análise da consistência interna do SQ-48. Os coeficientes alfa medem

a variância devido à heterogeneidade e são considerados bons valores iguais ou superiores a 0,70 (Nunnally & Bernstein, 1978). Não obstante, são possíveis outras linhas interpretativas, como a referenciada por Pestana e Gageiro (2008), que consideram valores de alfa inferiores a 0,60 como inadmissíveis; entre 0,61 e 0,70 como fracos; 0,71 e 0,80 como razoáveis; 0,81 e 0,90 como bons e superiores a 0,90 como muito bons. No geral, os coeficientes alfa foram aceitáveis e variaram entre os 0,626 e os 0,870 para as nove subescalas do SQ-48. As subescalas Ansiedade (fator 2), Somatização (fator 3) e Fobia social (fator 7) apresentaram os coeficientes alfa mais elevados, com valores de 0,87, 0,865 e 0,863 respetivamente. O coeficiente de menor valor foi 0,626 e foi obtido na subescala da Agorafobia (fator 4).

Os coeficientes de correlação item-total obtidos variaram entre os 0,255 e os 0,757 valores. Segundo Kline (2011), a correlação dos itens com o total tende a exigir um coeficiente de correlação item-total não inferior a 0,30. Para a análise dos valores relativos à carga fatorial do item, é idealmente considerado que este deve ser superior a 0,50, valor sugestivo de boa validade de constructo (Kline, 2011). Não obstante, são considerados aceitáveis valores a partir de 0,30. A análise dos resultados obtidos evidencia variações entre os 0,234 e os 0,952 valores relativos à carga fatorial de cada item. A análise da Tabela 2 permite inferir que, no geral, os resultados obtidos respeitam os pressupostos supracitados, com os itens 17 e 43 a apresentarem valores potencialmente insatisfatórios.

O estudo das médias obtidas para cada subescala revela que os fatores 3 (subescala da Somatização) e 4 (subescala da Agorafobia) se associaram às subescalas a que os participantes atribuíram menores pontuações. Por outro lado, as pontuações maiores foram obtidas para os fatores 8 (subescala do Funcionamento no trabalho) e 9 (subescala da Vitalidade), ambos relativos a constructos psicológicos positivos.

Tabela 2: Estrutura fatorial, médias (M), desvios padrão (DP) e fidelidade do SQ-48.

	Item	M	DP	Carga fatorial	Correlação item-total corrigida	α se o item for removido	α para o total da subescala	% de variância explicada
Fator 1	3	0,99	1,027	0,798	0,579	0,707	0,766	63,7
	7	0,41	0,75	0,849	0,624	0,707		72,0
	12	0,12	0,49	0,696	0,369	0,766		48,4
	18	0,13	0,54	0,669	0,360	0,766		44,8
	37	0,73	1,086	0,631	0,489	0,745		39,8
	39	0,78	1,064	0,879	0,703	0,671		77,2
		0,53						

Fator 2	23	0,85	1,096	0,809	0,697	0,843	0,870	65,4
	27	0,56	0,923	0,741	0,575	0,863		54,9
	32	0,99	1,150	0,850	0,757	0,832		72,2
	40	0,63	0,957	0,856	0,681	0,847		73,3
	45	0,76	1,064	0,875	0,750	0,834		76,5
	47	1,70	1,201	0,688	0,580	0,866		47,4
0,915								
Fator 3	1	0,31	0,631	0,712	0,536	0,859	0,865	50,7
	5	0,49	0,902	0,871	0,724	0,834		75,8
	11	0,41	0,832	0,829	0,704	0,836		68,7
	16	0,27	0,700	0,761	0,597	0,852		57,9
	21	0,32	0,740	0,668	0,519	0,861		44,6
	25	0,42	0,839	0,871	0,669	0,842		75,9
30	0,33	0,769	0,900	0,716	0,835	80,9		
0,36								
Fator 4	4	0,62	0,936	0,952	0,367	0,668	0,626	90,7
	8	0,14	0,487	0,804	0,551	0,493		64,6
	13	0,13	0,543	0,727	0,432	0,548		52,9
	24	0,15	0,554	0,679	0,420	0,553		46,2
0,26								
Fator 5	10	0,91	0,957	0,754	0,588	0,677	0,754	56,8
	15	0,54	0,884	0,817	0,584	0,678		66,7
	20	0,39	0,802	0,837	0,619	0,663		70,1
	42	0,35	0,830	0,621	0,426	0,761		38,5
0,55								
Fator 6	2	0,61	0,898	0,805	0,575	0,658	0,728	64,7
	6	0,86	0,983	0,773	0,561	0,657		59,7
	38	0,82	1,063	0,682	0,540	0,662		46,5
	43	1,09	1,311	0,332	0,255	0,791		11,0
	46	1,07	1,137	0,801	0,609	0,631		64,2
0,89								
Fator 7	22	0,61	0,895	0,808	0,618	0,850	0,863	65,4
	26	0,49	0,890	0,851	0,741	0,819		72,3
	31	0,56	0,929	0,908	0,705	0,828		82,5
	35	0,69	1,046	0,762	0,678	0,838		58,0
	44	0,40	0,841	0,855	0,682	0,835		73,1
0,55								
Fator 8	9	1,12	1,217	0,855	0,674	0,715	0,791	73,2
	14	0,87	1,084	0,869	0,740	0,698		75,6
	19	1,14	1,218	0,552	0,445	0,793		30,5
	29	1,08	1,103	0,521	0,402	0,802		27,1
	34	1,10	1,127	0,827	0,618	0,736		68,4
1,06								
Fator 9	17	2,06	1,496	0,234	0,329	0,775	0,744	5,50
	28	1,79	1,231	0,722	0,583	0,674		59,6
	33	2,14	1,258	0,511	0,529	0,692		26,1
	36	1,43	1,288	0,770	0,601	0,665		59,3
	41	1,65	1,282	0,845	0,541	0,687		71,3
1,81								

Cada fator respeita a uma subescala do SQ-48, segundo a seguinte ordem: fator 1, Humor; fator 2, Ansiedade; fator 3, Somatização; fator 4, Agorafobia; fator 5, Agressão; fator 6, Problemas cognitivos; fator 7, Fobia Social; fator 8, Trabalho e fator 9, Vitalidade.

Intercorrelações entre as subescalas

À semelhança do artigo original e porque a amostra não obedeceu ao pressuposto da normalidade, as intercorrelações entre as subescalas do SQ-48 foram estimadas com base no coeficiente de correlação rho de Spearman. A Tabela 3 ilustra os resultados relativos às intercorrelações entre as subescalas. Na interpretação dos resultados, foi considerado que coeficientes de correlação iguais ou inferiores a 0,35 revelam geralmente uma associação baixa; entre 0,36 e 0,67 uma associação moderada e entre 0,68 e 1 uma associação forte, com coeficientes superiores a 0,90 a sugerirem uma associação muito elevada (Taylor, 1990). Ademais, segundo Kline (2011), as correlações estimadas entre os fatores de uma escala não devem ser demasiado elevadas (e.g. <0,90), o que indica boa validade discriminante e, conseqüentemente, diferenciação entre os fatores. As correlações encontradas oscilaram entre os 0,017 e os 0,716 valores.

As correlações mais elevadas foram estabelecidas entre as subescalas Humor e Ansiedade (0,716), Ansiedade e Problemas Cognitivos (0,686), Humor e Problemas cognitivos (0,675) e Humor e Humor e Fobia social (0,660). De um modo geral, a subescala da Vitalidade evidenciou correlações fracas com as restantes subescalas, sendo que as correlações mais baixas foram encontradas para as relações entre a subescala Vitalidade as subescalas Ansiedade (0,008), Agressão (0,025) e Somatização (0,060).

Tabela 3: Correlações entre as subescalas do SQ-48.

	HUM	ANS	SOM	PCOG	FSOC	AGOR	AGRES
ANS	0,716**						
SOM	0,558**	0,605**					
PCOG	0,675**	0,686**	0,578**				
FSOC	0,660**	0,647**	0,560**	0,638**			
AGOR	0,585**	0,564**	0,593**	0,562**	0,591**		
AGRES	0,615**	0,559**	0,489**	0,560**	0,544**	0,470**	
VITA	0,136**	0,008	0,060	-0,034	0,836*	0,112**	0,025

*. Correlação significativa ao nível de 0,05**. Correlação significativa ao nível de 0,01. Subescalas do SQ-48: HUM indica Humor, ANS indica Ansiedade, SOM indica Somatização, PCOG indica Problemas cognitivos, FSOC indica Fobia social, AGOR indica Agorafobia, AGRES indica Agressão e VITA indica Vitalidade.

Estudo das validades

A validade convergente do SQ-48 foi estudada com base no cálculo de correlações das suas subescalas com as subescalas do BSI que, teoricamente, meçam constructos

idênticos. Porque a amostra não seguiu os pressupostos da distribuição normal, análise foi realizada através de estatísticas não paramétricas, nomeadamente através do cálculo dos coeficientes de correlação rho de Spearman. A Tabela 4 ilustra os coeficientes de correlação encontrados. Todas as correlações foram significativas para $p < 0,01$. Foram novamente utilizados como referência os valores citados por Taylor (1990), onde coeficientes de correlação iguais ou inferiores a 0,35 revelam geralmente uma associação baixa; entre 0,36 e 0,67 uma associação moderada e entre 0,68 e 1 uma associação forte, com coeficientes superiores a 0,90 a sugerirem uma associação muito elevada. Foram encontradas correlações fortes significativas entre as subescalas Humor do SQ e a Depressão do BSI (0,684) Ansiedade do SQ e Ansiedade do BSI (0,714), Fobia social do SQ e Sensibilidade Interpessoal do BSI (0,691). Correlações moderadas foram estabelecidas entre a subescala Somatização do SQ e do BSI (0,649), Agorafobia do SQ e Ansiedade fóbica do BSI (0,538) e Agressão do SQ e Hostilidade do BSI (0,659). A subescala da Vitalidade correlacionou de forma fraca com a subescala Depressão e o IGS, ambas do BSI, embora a associação tenha atingido significância estatística.

Tabela 4: Correlações entre subescalas do SQ-48 e o BSI (subescalas Depressão, Ansiedade, Sensibilidade interpessoal, Somatização, Ansiedade fóbica, Hostilidade e Índice Geral de Sintomas).

		BSI						
	Subescalas	DEP	ANS	SENS. I.	SOM	ANS. FÓB.	HOST	IGS
SQ-48	Humor	0,684**						0,722**
	Ansiedade		0,714**					0,711**
	Fobia Social			0,691**				0,726**
	SOM				0,649**			0,619**
	Agorafobia					0,538**		0,602**
	Agressão						0,659**	0,593**
	Problemas cognitivos							0,716**
	Vitalidade	0,197**						0,139**

** . Correlação significativa ao nível de 0,01. DEP indica Depressão; ANS indica Ansiedade; SENS. I. indica Sensibilidade Interpessoal; SOM indica Somatização; ANS. FÓB. Indica Ansiedade Fóbica; HOST indica Hostilidade e IGS indica Índice Geral de Sintomas.

Dados normativos

Para a estipulação dos dados normativos, foram calculadas estatísticas descritivas para cada oito das nove subescalas do SQ-48 segundo o género e o ano académico. A Tabela 5 ilustra os dados normativos obtidos. Porque a subescala do Funcionamento no trabalho ainda se encontra a ser estudada, não foram incluídos quaisquer dados relativos à mesma. Por conseguinte, não foram igualmente conduzidas análises relativamente à escala total do SQ-48. A análise dos resultados por género permite inferir que, de uma forma geral, os participantes do sexo feminino obtiveram pontuações mais elevadas nas várias dimensões estudadas, comparativamente com os do sexo masculino. Ao considerar os dados segundo a variável ‘ano académico’, os resultados sugerem que os estudantes a frequentar o terceiro ano apresentaram os menores níveis de *distress* psicológico, ao passo que os estudantes a frequentar o último ano reportaram os maiores níveis de desgaste.

Tabela 5: Dados normativos da amostra para oito das nove subescalas do SQ-48.

		Género			Ano académico			
		Total (N=758)	Masculino (N=139)	Feminino (N=619)	1º (N=269)	2º (N=103)	3º (N=144)	4º (N=242)
HUM	M	3,19	2,40	3,37	3,34	3,06	2,28	3,62
	DP	3,63	2,68	3,78	3,59	3,55	2,80	4,03
ANS	M	5,50	3,94	5,85	5,43	5,64	4,92	5,86
	DP	5,00	4,00	5,13	4,57	4,83	4,51	5,74
SOM	M	2,55	1,48	2,79	2,72	2,50	1,52	2,99
	DP	5,05	2,49	4,29	3,91	3,80	2,74	4,79
AGOR	M	1,05	0,77	1,11	1,10	0,92	0,62	1,32
	DP	1,83	1,38	1,91	1,82	1,71	1,33	2,08
AGRES	M	2,19	1,81	2,27	2,56	2,05	1,53	2,25
	DP	2,64	2,33	2,70	2,68	2,53	2,08	2,88
PCOG	M	4,45	3,21	4,72	4,50	5,00	3,28	4,84
	DP	3,76	3,01	3,86	3,44	3,82	3,13	4,27
FSOC	M	2,74	2,07	2,89	3,40	3,25	1,62	2,45
	DP	3,71	2,95	3,84	3,80	4,23	2,63	3,74
VITA	M	9,06	9,86	8,89	8,32	9,11	9,22	9,78
	DP	4,62	5,07	4,50	3,98	4,44	4,63	5,22

Subescalas do SQ-48: HUM indica Humor, ANS indica Ansiedade, SOM indica Somatização, PCOG indica Problemas cognitivos, FSOC indica Fobia social, AGOR indica Agorafobia, AGRES indica Agressão e VITA indica Vitalidade.

Foram também calculadas as médias das pontuações obtidas no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI segundo o género dos participantes. Os resultados obtidos podem

ser consultados na Tabela 6. A sua observação revela valores baixos de sintomas psicopatológicos para o total da amostra, com os participantes do sexo feminino a reportarem valores ligeiramente superiores de sintomatologia, comparativamente com os participantes do sexo masculino. Verifica-se também que a média obtida para o total da amostra é inferior à média da população geral descrita por Canavarro (2007).

Tabela 6: Estatística descritiva para as pontuações obtidas no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI: total, por género e das populações geral e com perturbação emocional.

		Género			Média da população (Canavarro, 2007)	
		Total (N=742)	Masculino (N=134)	Feminino (N=608)	Geral	Com perturbação emocional
IGS	M	0,46	0,34	0,49	0,835	1,43
	DP	0,489	0,326	0,515	0,480	0,705

IGS indica Índice Geral de Sintomas.

Discussão

A avaliação psicológica é um momento decisivo nos mais diversos contextos da prática em Psicologia. Esta deve ser percebida como um processo sistemático de recolha de informação, um facilitador da conceptualização de caso e, em última instância, da resolução de problemas. O conceito de saúde mental compreende, não a mera ausência de doença, mas um estado pleno de bem-estar físico, mental e social, passível de ser avaliado por uma série de dimensões negativas e positivas (WHO, 2013). A nível da avaliação psicológica, parece existir uma tendência geral para a focalização da atenção em dimensões associadas a constructos negativos (e.g. ansiedade). Não obstante, diversos estudos têm vindo a corroborar a implicação de constructos positivos, como a vitalidade e o otimismo, em estados de saúde física e mental (Blackwell et al., 2013; Sturgeon & Zautra, 2013). Podemos considerar que a importância da inclusão destas dimensões no acesso à saúde mental se prende com o seu forte impacto enquanto fator motivacional de adesão e manutenção terapêuticas, permitindo a estruturação de programas interventivos mais eficazes, orientados e eficientes (por exemplo, para a redução do afeto negativo associado a tendências imagéticas negativas sobre o futuro, bem como para a estimulação da capacidade de imaginar eventos futuros positivos enquanto técnica reforçadora de constructos positivos como o otimismo).

A análise do panorama atual português no que respeita à avaliação psicológica revela uma escassez de instrumentos capazes de avaliar, de forma combinada, dimensões negativas e positivas. Neste sentido, adaptação do SQ-48 para Portugal surge da necessidade de colmatar esta falha e construir um instrumento relevante para a prática clínica e investigação portuguesas.

O objetivo principal do presente estudo foi estudar as características psicométricas do instrumento Questionário de Sintomas (SQ-48) e, por conseguinte, contribuir para o processo de adaptação de um instrumento de avaliação do *distress* psicológico para a população portuguesa. Em linhas gerais, a análise psicométrica do SQ-48 envolveu o estudo da sua estrutura fatorial, da consistência interna, das intercorrelações entre as subescalas e da validade convergente. Ademais, foram também estudados os dados normativos segundo o género e o ano académico dos participantes.

O instrumento final que propomos e as suas características psicométricas apresentam algumas diferenças com o instrumento do estudo original e os resultados obtidos levantam algumas questões que passaremos a abordar.

No que respeita ao estudo da estrutura fatorial do SQ-48, a análise dos índices de ajustamento dos três modelos de confirmação estabelecidos permite inferir a favor do modelo de nove fatores a 47 itens. Dos quatro índices de ajustamento considerados, o modelo apresentou valores satisfatórios para três deles, com valores de CIF, TLI e RMSEA a indicar bom ajustamento. Foi obtido um resultado insatisfatório para o WRMR, igual a 1,614. Este índice, do inglês *Weighted Root Mean Square Residual*, representa a quantidade de variância explicada ao acaso e são comumente considerados bons indicadores de ajustamento valores inferiores a 0,90 (Schreiber et al., 2006). Talvez por ser um índice relativamente recente e citado na modelagem de equações estruturais, o seu comportamento enquanto indicador de ajustamento não se encontra ainda bem estudado e, consequentemente, não se encontram na literatura dados consistentes no que concerne à sua forma de interpretação. Ponderamos que uma possível forma de contornar este problema seria a condução de uma Análise Fatorial Exploratória para o estudo da estrutura fatorial da versão portuguesa do SQ-48, por forma a diminuir a quantidade de variância explicada pelo acaso e, consequentemente, obter uma solução fatorial mais ajustada à população em causa. Não obstante, ressaltamos a importância do estabelecimento de modelos universais que permitam o estudo e a avaliação transcultural dos fenómenos

psicológicos. Ademais, consideramos também o critério estipulado pelos autores originais, que indicam que o SQ-48 foi construído para a avaliação psicológica de nove dimensões independentes, agrupadas segundo diferentes subescalas relacionadas com diversos domínios psicopatológicos compatíveis com as categorias de diagnóstico do DSM e que incluam medidas de funcionamento geral e vitalidade/otimismo do indivíduo (Carlier et al., 2012). Como tal, aceitámos o modelo e consideramos que, no geral, os resultados obtidos vão ao encontro do relatado pelos autores originais do instrumento.

Ao nível da consistência interna, realizada através do cálculo dos coeficientes do alfa de Cronbach, constata-se que foram obtidos valores satisfatórios para as nove subescalas do SQ-48. O fator relativo à Agorafobia obteve um valor um pouco inferior ao desejável, embora aceitável, sugestivo de que os itens não contribuem da forma idealmente uniforme para a soma não ponderada da subescala e que, por conseguinte, esta apresenta relativamente fraca fiabilidade. Não obstante, foi tomada a decisão de manter a subescala, tendo em conta as seguintes razões: 1) a AFC realizada corrobora a adequabilidade do modelo de nove fatores à estrutura do SQ-48; 2) o facto de o instrumento não ser da nossa autoria e, por conseguinte, a preferência por não operacionalizar alterações estruturais de maior grau na composição do mesmo e 3) embora, de um modo geral, esteja convencionado que o valor do alfa tem que ser igual ou superior a 0,70 para uma fiabilidade apropriada, existem cenários de investigação em que um alfa de 0,60 é considerado aceitável (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2008).

No que respeita aos critérios relativos à carga fatorial, foram considerados aceitáveis valores superiores a 0,30, sendo o ponto de corte ideal acima dos 0,50 valores (Kline, 2011). A análise dos resultados obtidos a este nível evidencia um valor questionável para o item 43 e um valor insatisfatório para o item 17, que obteve um valor de 0,234. Por outro lado, o item 43 obteve um coeficiente de correlação item-total igual a 0,255, o que representa um resultado insatisfatório segundo o critério referenciado por Kline (2011) (são considerados como aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,30). Porque as subescalas associadas a estes itens apresentaram valores satisfatórios de consistência interna, porque o instrumento não é da nossa autoria e porque o modelo final aqui apresentado já conta com uma alteração estrutural consequente da extração de um item, optámos por não retirar nenhum destes itens das respetivas subescalas. Não obstante, apontamos que seria interessante estudar o comportamento do modelo estrutural a nove

fatores com a eliminação de um e/ou ambos estes itens, no sentido de perceber potenciais ganhos nos índices de ajustamento, particularmente na obtenção de um valor de WRMR indicador de bom ajustamento. Reforçamos, contudo, a nossa escolha em manter o item 43 porque, embora evidencie um coeficiente de correlação item-total baixo, consideramos que a sua contribuição para a consistência interna da subescala é significativa.

A avaliação das intercorrelações do SQ-48 é sugestiva de que as suas subescalas se associam, em maior ou menor grau, entre si. As correlações mais fortes (e.g. Humor e Ansiedade) nunca violaram o pressuposto de que as correlações estimadas entre os fatores de uma escala não devem ser demasiado elevadas (e.g. $<0,90$) (Kline, 2011).

O estudo da validade convergente foi conduzido através do cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman entre subescalas do SQ-48 e as subescalas homólogas do BSI e o Índice Geral de Sintomas (IGS). De uma forma geral, os resultados obtidos vão ao encontro dos dados evidenciados pelos autores originais e indicam que a versão portuguesa do SQ-48 possui boa validade convergente. Uma vez que, segundo a revisão de literatura efetuada, não existe qualquer instrumento devidamente validado para a população portuguesa destinado à avaliação da Vitalidade, procedeu-se à avaliação da validade divergente deste fator através do cálculo da correlação com a subescala da Depressão do BSI e com o Índice Geral de Sintomas do BSI. Os resultados obtidos foram um pouco incongruentes, já que a subescala não correlacionou de forma negativa com as subescalas de comparação (Depressão e IGS do BSI). Além disso, também a análise das intercorrelações levanta questões sobre o comportamento da subescala da Vitalidade, na medida em que, contrariamente ao esperado do ponto de vista teórico e ao encontrado pelos autores originais, a subescala não correlacionou de forma negativa com as restantes subescalas do SQ-48. Neste sentido, dever-se-ão realizar novas investigações de forma que possamos interpretar melhor estes dados, para além das eventuais características inerentes à cultura portuguesa. (Vagos & Pereira, 2010)

A análise dos dados normativos indica que os participantes do sexo feminino e os que frequentam o último ano do curso superior apresentaram os maiores níveis de desgaste psicológico. Os resultados são congruentes com o reportado por outros autores e sugerem efeitos do género e do ano académico na manifestação de diferentes níveis de desgaste psicológico (Dyrbye et al., 2006; Verger et al., 2009). Esta análise não contemplou o estudo da subescala do Funcionamento no Trabalho por dados insuficientes,

bem como da escala global de cotação do SQ-48. Por conseguinte, não são apresentados ou discutidos dados relativos a estas duas entidades.

A avaliação global dos resultados obtidos pelos estudantes nas várias subescalas do SQ-48 e no Índice Geral de Sintomas do BSI reflete valores baixos de *distress* psicológico. A maioria dos estudos aponta a população académica no geral (Stallman, 2010), e na área da saúde em particular (Nerdrum, Rustøen, & Helge Rønnestad, 2009; Watson et al., 2009) como especialmente vulnerável à experiência de *distress* psicológico. Os resultados encontrados parecem não corroborar esta ideia, uma vez que não se verificou uma elevada prevalência de *distress* na população académica estudada nesta investigação, conforme o também encontrado por outros autores (Bernhardsdóttir & Vilhjálmsdóttir, 2013).

Uma possível explicação para estes resultados é a utilização de estratégias de *coping* adaptativas por parte dos estudantes avaliados na gestão dos seus sintomas físicos e psicológicos de *distress*. De facto, algumas investigações realizadas com estudantes de enfermagem portugueses sugerem que os mecanismos de *coping* mais utilizados por estes remetem para estratégias centradas nos problemas (eg, resolução planeada dos problemas), seguindo-se as estratégias centradas nas emoções e nas interações sociais, como sendo a aceitação da responsabilidade, o autocontrolo e a procura de suporte social (Custódio et al., 2009; Pacheco, 2008). Como tal, o recurso a estes esforços cognitivos e comportamentais pode resultar numa gestão adaptativa, funcional e eficaz das situações indutoras de desgaste e, consequentemente, explicar a baixa prevalência dos sintomas a estas geralmente associados. Por outro lado, as características pessoais e os acontecimentos de vida adversos podem igualmente contribuir para a existência, ou não, de desgaste psicológico (Watson et al., 2009). O capital psicológico respeita a um estado de desenvolvimento psicológico positivo constituído por quatro dimensões: autoeficácia, otimismo, esperança e resiliência e a sua relação com o *distress* psicológico em estudantes do ensino superior encontra-se descrita num estudo recente (Li-feng & Hua-li, 2009). Concretamente, foi sugerido um efeito moderador do capital psicológico na experiência de *distress* psicológico (quanto mais forte a presença de constructos psicológicos associados ao capital, menor a experiência de desgaste emocional). Por último, enfatizamos o papel da variável cultural enquanto fator explicativo para as variações encontradas, questão já referenciada por outras investigadoras no âmbito da avaliação psicológica (Vagos & Pereira, 2010). Ainda que o resultado encontrado relativo à prevalência de *distress*

psicológico na população académica estudada se desvie do mais comumente relatado na literatura, é de referir que se verificou que os estudantes a frequentar o quarto – e último – ano de estudos reportaram os níveis mais elevados de desgaste psicológico. Embora não muito expressivo, este achado remete para o descrito por autores como Stallman (2010) e Nerdrum e colegas (2009).

Diversos estudos têm vindo a associar a presença de *distress* psicológico a uma série de correlatos negativos, tais como a presença e/ou desenvolvimento futuro de psicopatologia e diminuição geral da qualidade de vida (Ritsner et al., 2002; Simard et al., 2009). Além disso, este parece ter importantes implicações no planeamento apropriado do tipo e forma de tratamento, bem como da evolução associada ao mesmo (Groth-Marnat, 2009). A identificação rigorosa de fatores emocionais associados à presença de *distress* psicológico é de uma importância crucial na medida em que fomenta uma atividade mais adequada no âmbito da avaliação psicológica e, conseqüentemente, facilita a implementação de planos de tratamento mais rápidos, eficazes e compreensivos. Por outro lado, e sob o ponto de vista da prevenção, realça-se a pertinência e a necessidade em estipular planos de avaliação e intervenção precoces capazes de identificar pessoas com vulnerabilidade psicológica. Ademais, o despiste e a sinalização prematuras destes casos são também favoráveis numa visão económica, na medida em que permitem uma importante redução de custos na área da saúde.

Julgamos que uma das principais vantagens do SQ-48 enquanto instrumento de avaliação consiste no fato da formulação dos seus itens ser consistente com os critérios psicopatológicos definidos pelo DSM-IV (ferramenta frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde mental para a avaliação diagnóstica e classificação das perturbações mentais). Ademais, possibilita a avaliação formal de um constructo complexo e multidimensional como é o *distress* psicológico, operacionalizando o acesso a constructos psicológicos positivos e negativos. Por conseguinte, cremos que uma das mais importantes implicações práticas deste estudo é o seu contributo para o trabalho de profissionais da saúde e investigação, que podem agora incorporar o SQ-48 como instrumento facilitador do exercício das suas atividades. No contexto clínico em particular, este estudo preconiza a necessidade e importância de uma intervenção psicoterapêutica capaz, não só de diminuir sintomas psicopatológicos tipicamente associados a constructos negativos, mas também de identificar e promover estados de afeto positivo no indivíduo/paciente.

Como principal desvantagem do presente estudo, apontamos a não existência, até à data, de dados relativos à subescala do Funcionamento no trabalho e, consequentemente, à escala global de cotação do instrumento SQ-48. Tal deve-se ao facto do preenchimento dos itens da escala ser de natureza facultativa, em função de fazerem ou não sentido para o participante. Verifica-se, por isso, a necessidade de realizar ajustamentos na subescala que, embora não diretamente sob a nossa responsabilidade, se traduziu em algumas limitações no que respeita à análise psicométrica aqui realizada. Como pode verificar-se na análise dos resultados, não são apresentados dados relativos à subescala do Funcionamento no Trabalho, quer no estudo das intercorrelações entre as subescalas, quer no estudo das validades, assim como no estudo dos dados normativos. Por conseguinte, este facto compromete também a apresentação de dados relativos à escala total. Como tal, revela-se oportuno e imprescindível o desenvolvimento futuro de soluções a este nível e de outras investigações que englobem a análise global das nove subescalas do SQ-48, bem como da escala total. Julgamos também que seria importante a condução de mais investigações futuras, tendo em vista o reforço do conhecimento das propriedades psicométricas deste instrumento. Algumas sugestões passam pela replicação deste estudo com outras populações de interesse (e.g., populações clínicas), a aplicação do método de medidas sucessivas e replicação com outras faixas etárias.

Apesar de algumas das questões levantadas, cremos que, no geral, os resultados validam o SQ-48 como um instrumento de avaliação multidimensional do *distress* psicológico, consistente e com itens devidamente adequados à medição dos constructos subjacentes. Tal como o referido por Maroco e Garcia-Marques (2006), “*Só o uso repetido do instrumento com diferentes amostras nos indica algo sobre a validade do processo inferencial: um instrumento que repetidamente gera dados fiáveis pode dizer-se, com maior confiança, fiável.*” (p. 80). Por esta razão, julgamos que o SQ-48 representa uma ferramenta de avaliação multidimensional dos fenómenos associados ao *distress* psicológico, aplicável nas práticas clínica, académica e de investigação.

Em jeito de conclusão, cremos que a importância da presente investigação se prende, acima de tudo, com as suas implicações práticas nos mais diversos contextos. Acreditamos que este estudo veio contribuir para o conhecimento desta área científica em particular, assim como para o enriquecimento do contexto português, fornecendo bases de reflexão crítica e para uma prática baseada na evidência.

Referências Bibliográficas

- APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (J. C. Fernandes, Ed.) (4th ed.). Climepsi Editores.
- Bernhardsdóttir, J., & Vilhjálmsson, R. (2013). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(8), 672–678. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84882738034&partnerID=40&md5=e017a79a66d99be459bca012437732bb>
- Blackwell, S. E., Rius-Ottenheim, N., Maaren, Y. W. M. S., Carlier, I. V. E., Middelkoop, V. D., Zitman, F. G., Giltay, E. J. (2013). Optimism and mental imagery: A possible cognitive marker to promote well-being? *Psychiatry Research*, 206(1), 56–61. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.047>
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M., & Kubzansky, L. (2011). A prospective study of positive psychological well-being and coronary heart disease. *Health Psychology*, 30(3), 259–267. doi:10.1037/a0023124
- Brown, T. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (1st ed., p. 475). New York: Guilford Publications, Inc.
- Burdick, K. E., Goldberg, J. F., & Harrow, M. (2010). Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(6), 499–506. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01590.x
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In C. Simões, M. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 305–330). Quarteto Editora.
- Carlier, I., Schulte-Van Maaren, Y., Wardenaar, K., Giltay, E., Van Noorden, M., Vergeer, P., & Zitman, F. (2012). Development and validation of the 48-item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive, anxiety and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 904–910. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.035>
- Clanton, N. R., Klosky, J. L., Li, C., Jain, N., Srivastava, D. K., Mulrooney, D., Krull, K. R. (2011). Fatigue, vitality, sleep, and neurocognitive functioning in adult survivors of childhood cancer. *Cancer*, 117(11), 2559–2568. doi:10.1002/cncr.25797

- Custódio, S., Pereira, A., & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, 4670–4683.
- Cvetkovski, S., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(5), 457–467. doi:10.1177/0004867411435290
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354–373.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Gouveia, R. S. V., Medeiros, E. D. de, Vione, K. C., & Soares, A. K. S. (2012). Escala de Vitalidade Subjetiva - EVS: evidências de sua adequação psicométrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 5–13.
doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100002
- Griggs, J. J., Sorbero, M. E. S., Mallinger, J. B., Quinn, M., Waterman, M., Brooks, B., Shields, C. G. (2007). Vitality, mental health, and satisfaction with information after breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 58–66.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.10.008
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of Psychological Assessment* (5th ed., p. 768). New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53–60.
- IBM Corp. (2010). IBM SPSS Statistics for Windows. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. (D. Kenny & T. Little, Eds.). New York: The Guildford Press.
- Li-feng, Z., & Hua-li, R. (2009). The relationship between academic stress and psychological distress: The moderating effects of psychological capital. *Management Science and Engineering, 2009. ICMSE 2009. International Conference on*.
doi:10.1109/ICMSE.2009.5318122
- Lourenço, A. (2012). *Desafios no Ensino de Enfermagem - Stress Académico dos Estudantes em Ensino Clínico*. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA.

- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65–90.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716–726. doi:10.1002/pon.1461
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2010). Mplus user's guide. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nerdrum, P., Rustøen, T., & Helge Rønnestad, M. (2009). Psychological Distress Among Nursing, Physiotherapy and Occupational Therapy Students: A Longitudinal and Predictive Study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(4), 363–378. doi:10.1080/00313830903043133
- Nerdrum, P., Rustøen, T., & Rønnestad, M. H. (2006). Student Psychological Distress: A psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50(1), 95–109. doi:10.1080/00313830500372075
- Nunnally, J., & Bernstein, I. H. (1978). *Psychometric Theory*. *Psychometric Theory*. New York, EUA: McGraw-Hill.
- Pacheco, S. (2008). Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem. *Revista Referência*, II(7), 89–95.
- Pai, A. L. H., Drotar, D., Zebracki, K., Moore, M., & Youngstrom, E. (2006). A Meta-Analysis of the Effects of Psychological Interventions in Pediatric Oncology on Outcomes of Psychological Distress and Adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (9), 978–988. doi:10.1093/jpepsy/jsj109
- Patel, D. N., Lambert, E. V, da Silva, R., Greyling, M., Nossel, C., Noach, A., Gaziano, T. (2010). The Association Between Medical Costs and Participation in the Vitality Health Promotion Program Among 948,974 Members of a South African Health Insurance Company. *American Journal of Health Promotion*, 24(3), 199–204. doi:10.4278/090217-QUAN-68R2.1
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciência sociais: A complementaridade do SPSS* (5^a ed.). Lisboa: Edição Sílabo.

- Ritsner, M., Modai, I., & Ponizovsky, A. (2002). Assessing psychological distress in psychiatric patients: Validation of the Talbieh Brief Distress Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 229–234. doi:10.1053/comp.2002.30800
- Salama-Younes, M., Montazeri, A., Ismail, A., & Roncin, C. (2009). Factor structure and internal consistency of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS), and the relationship between them: a study from France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 22. Retrieved from <http://www.hqlo.com/content/7/1/22>
- Schreiber, J. B., Stage, F., King, J., Nora, A., & Barlow, E. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–337.
- Sheldon, K. M., & King, L. K. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216–217.
- Simard, M., Hudon, C., & Reekum, R. (2009). Psychological distress and risk for dementia. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 41–47. doi:10.1007/s11920-009-0007-z
- Slade, T., Grove, R., & Burgess, P. (2011). Kessler Psychological Distress Scale: Normative Data from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 308–316. doi:10.3109/00048674.2010.543653
- Stallman, H. M. (2010). Psychological distress in university students: A comparison with general population data. *Australian Psychologist*, 45(4), 249–257. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78149435452&partnerID=40&md5=4320c4232ee29e447d5a6b0a95c181bf>
- Sturgeon, J., & Zautra, A. (2013). Psychological Resilience, Pain Catastrophizing, and Positive Emotions: Perspectives on Comprehensive Modeling of Individual Pain Adaptation. *Current Pain and Headache Reports*, 17(3), 1–9. doi:10.1007/s11916-012-0317-4
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the Correlation Coefficient: A Basic Review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 1, 35–39.
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). A proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychological Assessment*, 22(3), 657–665. doi:10.1037/a0019782

- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25 (6), 1471–1480. doi:10.1093/humrep/deq030
- Van Fenema, E. M., van der Wee, N. J. A., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M. E., & Zitman, F. G. (2012). Vitality predicts level of guideline-concordant care in routine treatment of mood, anxiety and somatoform disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 441–448. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01593.x
- Varela, A., Pereira, A., Ariana, P., & Santos, J. C. (2013). “Psychological Distress: a study with nursing students.” *Atencion Primaria*, 45(1), 31–31.
- Verger, P., Combes, J.-B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 643–650. doi:10.1007/s00127-008-0486-y
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R., & Deary, I. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18(2), 270–278. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02555.x
- WHO. (2013). World Health Organization.
- Wynaden, D., Wichmann, H., & Murray, S. (2013). A synopsis of the mental health concerns of university students: results of a text-based online survey from one Australian university. *Higher Education Research & Development*, 32(5), 846–860. doi:10.1080/07294360.2013.777032

Anexos

Anexo 1.

Autorização para a utilização do SQ-48

de: **Ana Luísa Varela** <anacpvarela@gmail.com>
para: I.V.E.Carlier@lumc.nl
data: 21 de Dezembro de 2012 às 21:10
assunto: SQ-48 request
enviado por: gmail.com

Please read the attachment file containing a request about SQ-48.

Best regards,
Ana Varela

"Dear Dr. Ingrid Carlier

I'm a Pyschology student at University of Aveiro (Portugal).

At the present moment, I'm starting my Master's Degree project entitled "Validation studies for the Portuguese version of SQ-48: psychological distress in pain outpatient".

This study aims to investigate the psychological distress in a pain outpatient clinical setting (Hospital de São João, Porto), so that based on the results of this study, we will be able to develop more effective, useful and practical screening and monitoring methods.

We intended to use some specific instruments for measuring the above variable. Therefore, we'll be grateful if you could send us some detailed information about the Symptom Questionnaire (SQ-48).

Also, we really appreciated if you could authorized us to translate to portuguese and to use this instrument, only for research proposal. We would, of course, send you the results of the application of this instrument in the Portuguese sample.

I'm looking forward to hear from you soon.

Sincerely yours,

Ana Luísa Varela and her supervisor (Prof. Anabela Pereira)"

de: **I.V.E.Carlier@lumc.nl**
para: anacpvarela@gmail.com

data: 2 de Janeiro de 2013 às 08:50
assunto: RE: SQ-48 request

Dear Ana Varela,

By this, I give you my answers to your questions:

- All information about the SQ-48 can be found in the published article about it in Psychiatry Research (see below). For your further information: in the course of this year 2013, there will appear a follow-up article concerning the test-retest reliability and responsiveness of the SQ-48 (date publication unknown, probably also published in Psychiatry Research).
- You have my agreement to translate and use the SQ-48 in Portuguese.

Good luck with your research.

Cordial greetings,
Ingrid Carlier

Dr. Ingrid V.E. Carlier

Associate Professor and Research Director of the Centre for Routine Outcome Monitoring,
Department of Psychiatry, Leiden University Medical Centre (LUMC),
Leiden, The Netherlands; E-mail: I.V.E.Carlier@lumc.nl

Anexo 2.

Instrumentos (questionário sociodemográfico, SQ-48 e BSI)

Nesta investigação pretende-se contribuir para a avaliação da saúde mental dos alunos da *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante. A sua participação é voluntária e extremamente importante para este estudo. Agradeço desde já a sua disponibilidade. ☐

1. Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____
2. Local de residência (Concelho): _____
3. Local de residência em tempo de aulas (Concelho): _____
4. Estado Civil: Solteiro ☐ Casado ☐ U. Facto ☐ Divorciado/Separado ☐
5. Agregado Familiar: Sozinho(a) ☐ A viver com parceiro (a) ☐ Família ☐ Amigos/Colega de quarto ☐
6. Habilitações Literárias dos pais:
Ensino Básico ☐ Secundário ☐ Superior ☐ se sim qual o grau? _____

Actualmente o aluno encontra-se em que situação:

7. Ano: _____ N° de Anos no Ensino Superior: _____
8. Qual a percepção do seu rendimento escolar?
Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa ☐
9. Trabalhador estudante ☐ Sim ☐ Não ☐
10. Problema (s) de saúde física? Sim ☐ Não ☐ Saúde Mental? Sim ☐ Não ☐
11. Desde a entrada no Ensino Superior alguma vez procurou acompanhamento psicológico?
Não ☐ Sim ☐ Se sim, qual o motivo? _____
Toma algum tipo de medicação actualmente? Qual? _____

SQ-48. Instruções:

ID: _____

Tente responder às seguintes questões de forma sincera e precisa. Não existem respostas certas ou erradas. Escolha a resposta que expressa melhor a frequência com que se sentiu da seguinte durante a **última semana, incluindo o dia de hoje**. A opção que primeiro lhe ocorrer é geralmente a melhor resposta.

Nota: Se não estudou ou trabalhou, ou não esteve capaz para o fazer, então poderá saltar as questões 9, 15, 20, 30 e 35.

COM QUE FREQUÊNCIA SE DEPAROU COM AS SEGUINTE DIFICULDADES:		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	COM QUE FREQUÊNCIA SE DEPAROU COM AS SEGUINTE DIFICULDADES:		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1.	Senti dificuldade em respirar ao mínimo esforço.	0	1	2	3	4	25.	Não me atrevi a ir sozinho/a a uma loja lotada.	0	1	2	3	4
2.	Senti-me fraco/a ou vagaroso/a.	0	1	2	3	4	26.	Senti-me a tremer ou agitado/a.	0	1	2	3	4
3.	Estive irritável e insatisfeito.	0	1	2	3	4	27.	Tive medo da rejeição por parte dos outros.	0	1	2	3	4
4.	Senti-me ansioso/a enquanto estava num grupo (de pessoas).	0	1	2	3	4	28.	Tive medo.	0	1	2	3	4
5.	Senti palpitações.	0	1	2	3	4	29.	Estive otimista acerca do meu futuro.	0	1	2	3	4
6.	Tive dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4	30.	Trabalhei ou estudei menos intensamente do que antes.	0	1	2	3	4
7.	Não consegui apreciar nada, de modo algum.	0	1	2	3	4	31.	Senti-me trémulo/a ou tive arrepios.	0	1	2	3	4
8.	Não me atrevi a atravessar espaços abertos, como uma praça pública.	0	1	2	3	4	32.	Senti-me em baixo e menos do que os outros.	0	1	2	3	4
9.	Senti-me stressado/a no meu trabalho ou estudo.	0	1	2	3	4	33.	Senti-me tenso/a e nervoso/a.	0	1	2	3	4
10.	Discuti com outras pessoas..	0	1	2	3	4	34.	Aguardei com expectativa os meus planos e objetivos futuros.	0	1	2	3	4
11.	Senti dores no peito (ou pressão).	0	1	2	3	4	35.	Tive a sensação de que não me saí bem no meu trabalho ou estudos.	0	1	2	3	4
12.	Esperei ansiosamente que as coisas corressem bem.	0	1	2	3	4	36.	Senti-me desconfortável quando outras pessoas olharam para mim.	0	1	2	3	4
13.	Considereei a minha morte ou suicídio.	0	1	2	3	4	37.	Tive interesse pelas coisas.	0	1	2	3	4
14.	Não me atrevi a viajar sozinho/a em transportes públicos.	0	1	2	3	4	38.	Senti-me sem esperança.	0	1	2	3	4
15.	Estive insatisfeito/a com o meu trabalho ou estudo.	0	1	2	3	4	39.	Andei esquecido/a.	0	1	2	3	4
16.	Estive de cabeça quente sem ter uma boa razão para tal.	0	1	2	3	4	40.	Senti-me em baixo ou deprimido/a.	0	1	2	3	4
17.	Senti-me tonto/a ou com vertigens.	0	1	2	3	4	41.	Senti-me inquieto/a.	0	1	2	3	4
18.	Apeteceu-me fazer coisas.	0	1	2	3	4	42.	Senti-me energético/a e de bom humor.	0	1	2	3	4
19.	Não quis viver mais.	0	1	2	3	4	43.	Quis bater em pessoas se fosse provocado/a.	0	1	2	3	4
20.	Tive o sentimento de que andei a trabalhar ou estudar muito arduamente.	0	1	2	3	4	44.	Lutei para dar início ao meu dia.	0	1	2	3	4
21.	Tive problemas em controlar a minha raiva.	0	1	2	3	4	45.	Senti-me inseguro na companhia de outros.	0	1	2	3	4
22.	Senti formigueiros, nas mãos por exemplo.	0	1	2	3	4	46.	Senti-me tenso/a.	0	1	2	3	4
23.	Dificilmente consegui exprimir-me.	0	1	2	3	4	47.	Não me consegui concentrar bem.	0	1	2	3	4
24.	Tive medo ou senti-me ansioso/a.	0	1	2	3	4	48.	Preocupe-me.	0	1	2	3	4

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

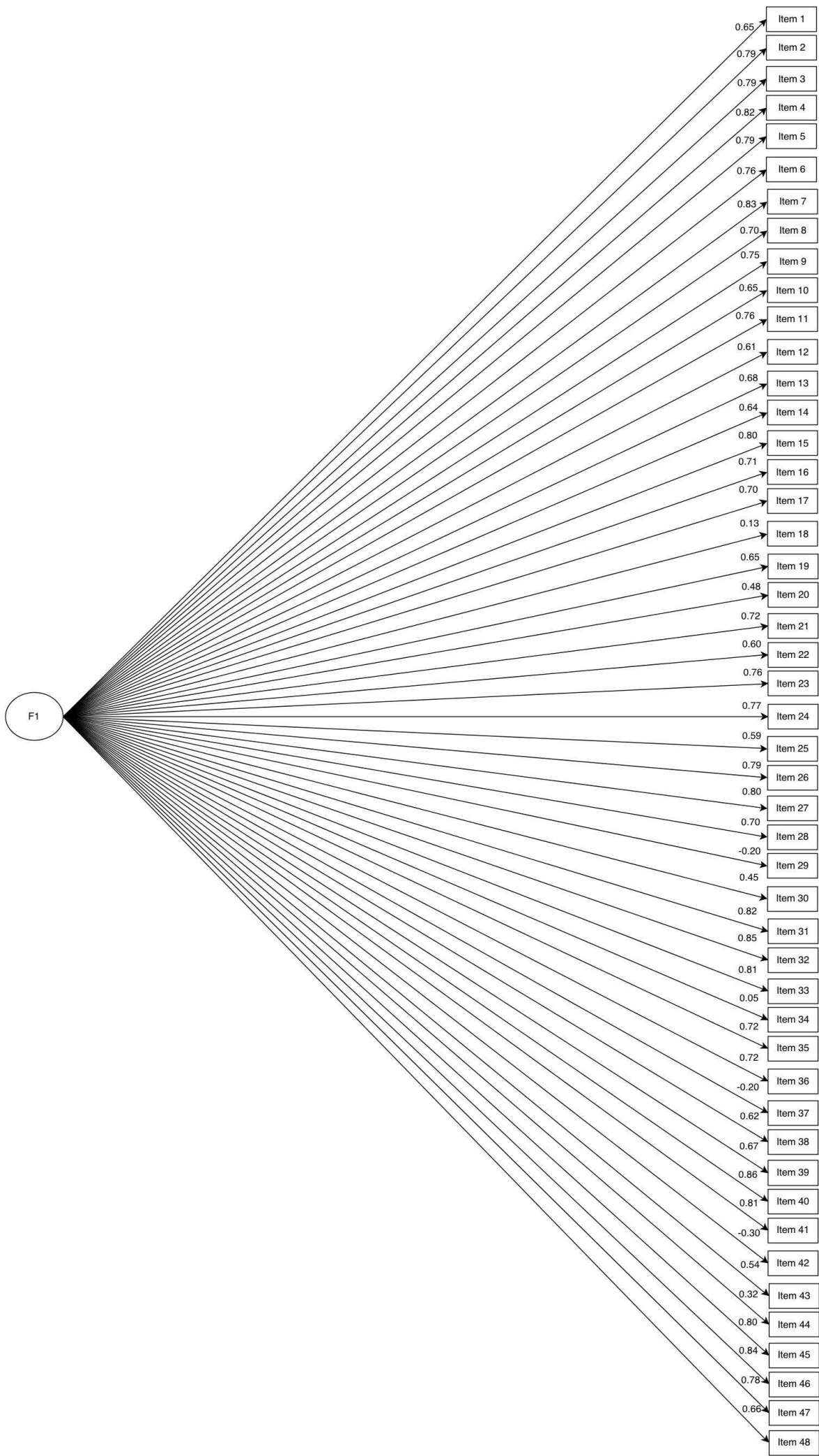
A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encorticação ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3.

Representação gráfica das Análise Fatorial Confirmatória do modelo de um fator



Anexo 4.

***Output* do Mplus 6.0 com os valores relativos à Análise Fatorial Confirmatória do modelo de nove fatores com 48 itens**

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters 276

Chi-Square Test of Model Fit

Value	5235.579*
Degrees of Freedom	1044
P-Value	0.0000

* The chi-square value for MLM, MLMV, MLR, ULSMV, WLSM and WLSMV cannot be used for chi-square difference testing in the regular way. MLM, MLR and WLSM chi-square difference testing is described on the Mplus website. MLMV, WLSMV, and ULSMV difference testing is done using the DIFFTEST option.

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate	0.073
90 Percent C.I.	0.071 0.075
Probability RMSEA <= .05	0.000

CFI/TLI

CFI	0.892
TLI	0.883

Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model

Value	39933.496
Degrees of Freedom	1128
P-Value	0.0000

WRMR (Weighted Root Mean Square Residual)

Value	2.052
--------------	--------------

STD Standardization

		Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
F41	BY				
	U3	0.799	0.016	51.189	0.000
	U7	0.849	0.018	46.877	0.000
	U13	0.691	0.048	14.274	0.000
	U19	0.665	0.050	13.365	0.000
	U38	0.631	0.026	24.005	0.000
	U40	0.880	0.013	66.909	0.000
F2	BY				
	U24	0.811	0.018	44.902	0.000
	U28	0.740	0.026	28.748	0.000
	U33	0.851	0.015	58.002	0.000
	U41	0.854	0.018	46.759	0.000
	U46	0.874	0.014	61.408	0.000
	U48	0.688	0.022	31.400	0.000
F3	BY				
	U1	0.712	0.033	21.734	0.000
	U5	0.871	0.018	49.011	0.000
	U11	0.828	0.022	36.886	0.000
	U17	0.759	0.032	23.634	0.000
	U22	0.668	0.038	17.393	0.000
	U26	0.872	0.020	43.392	0.000

	U31	0.900	0.021	43.345	0.000
F4	BY				
	U4	0.954	0.028	34.583	0.000
	U8	0.802	0.033	24.669	0.000
	U14	0.727	0.046	15.887	0.000
	U25	0.679	0.050	13.515	0.000
F5	BY				
	U10	0.754	0.023	33.218	0.000
	U16	0.818	0.023	36.197	0.000
	U21	0.836	0.027	30.613	0.000
	U43	0.620	0.041	14.944	0.000
F6	BY				
	U2	0.805	0.019	41.984	0.000
	U6	0.774	0.019	40.791	0.000
	U39	0.682	0.025	27.741	0.000
	U44	0.329	0.038	8.764	0.000
	U47	0.800	0.017	46.995	0.000
F7	BY				
	U23	0.809	0.020	41.482	0.000
	U27	0.851	0.018	46.334	0.000
	U32	0.906	0.016	55.259	0.000
	U36	0.763	0.023	33.900	0.000
	U45	0.855	0.022	38.667	0.000
F8	BY				
	U9	0.857	0.016	53.639	0.000
	U15	0.872	0.015	58.650	0.000
	U20	0.554	0.033	16.685	0.000
	U30	0.516	0.034	15.088	0.000
	U35	0.822	0.019	43.748	0.000
F9	BY				
	U12	0.912	0.059	15.492	0.000
	U18	0.151	0.052	2.884	0.004
	U29	-0.346	0.042	-8.323	0.000
	U34	-0.007	0.048	-0.150	0.881
	U37	-0.354	0.038	-9.411	0.000
	U42	-0.488	0.036	-13.485	0.000
F2	WITH				
	F41	0.928	0.011	82.206	0.000
F3	WITH				
	F41	0.842	0.020	42.955	0.000
	F2	0.845	0.018	47.711	0.000
F4	WITH				
	F41	0.887	0.021	41.651	0.000
	F2	0.766	0.028	27.778	0.000
	F3	0.809	0.026	30.794	0.000
F5	WITH				
	F41	0.889	0.019	47.450	0.000
	F2	0.779	0.023	34.058	0.000
	F3	0.761	0.027	28.243	0.000
	F4	0.712	0.033	21.479	0.000
F6	WITH				
	F41	0.975	0.011	86.880	0.000
	F2	0.921	0.015	63.209	0.000
	F3	0.851	0.019	43.789	0.000
	F4	0.831	0.028	29.985	0.000
	F5	0.836	0.023	36.822	0.000

F7	WITH				
F41		0.917	0.013	71.460	0.000
F2		0.854	0.016	53.236	0.000
F3		0.785	0.025	32.024	0.000
F4		0.840	0.023	36.992	0.000
F5		0.776	0.024	31.709	0.000
F6		0.908	0.015	60.488	0.000
F8	WITH				
F41		0.812	0.020	41.210	0.000
F2		0.805	0.019	43.294	0.000
F3		0.681	0.029	23.736	0.000
F4		0.661	0.034	19.568	0.000
F5		0.699	0.030	23.262	0.000
F6		0.891	0.016	55.382	0.000
F7		0.779	0.022	35.838	0.000
F9	WITH				
F41		0.625	0.032	19.232	0.000
F2		0.621	0.033	18.813	0.000
F3		0.556	0.038	14.491	0.000
F4		0.484	0.038	12.626	0.000
F5		0.503	0.037	13.602	0.000
F6		0.584	0.034	17.074	0.000
F7		0.606	0.036	16.710	0.000
F8		0.617	0.033	18.730	0.000

Anexo 5.

Estrutura fatorial, médias (M), desvios padrão (DP) e fidelidade do modelo de nove fatores a 48 itens do SQ-48

	Item	M	DP	Carga fatorial	Correlação item-total corrigida	α se o item for removido	α para o total da subescala
Fator 1	3	0,99	1,027	0,799	0,579	0,707	0,766
	7	0,41	0,75	0,849	0,624	0,707	
	13	0,12	0,49	0,691	0,369	0,766	
	19	0,13	0,54	0,665	0,360	0,766	
	38	0,73	1,086	0,631	0,489	0,745	
	40	0,78	1,064	0,880	0,703	0,671	
Fator 2	24	0,85	1,096	0,811	0,697	0,843	0,870
	28	0,56	0,923	0,740	0,575	0,863	
	33	0,99	1,150	0,851	0,757	0,832	
	41	0,63	0,957	0,854	0,681	0,847	
	46	0,76	1,064	0,874	0,750	0,834	
	48	1,70	1,201	0,688	0,580	0,866	
Fator 3	1	0,31	0,631	0,712	0,536	0,859	0,865
	5	0,49	0,902	0,871	0,724	0,834	
	11	0,41	0,832	0,828	0,704	0,836	
	17	0,27	0,700	0,759	0,597	0,852	
	22	0,32	0,740	0,668	0,519	0,861	
	26	0,42	0,839	0,872	0,669	0,842	
	31	0,33	0,769	0,900	0,716	0,835	
Fator 4	4	0,62	0,936	0,954	0,367	0,668	0,626
	8	0,14	0,487	0,802	0,551	0,493	
	14	0,13	0,543	0,727	0,432	0,548	
	25	0,15	0,554	0,679	0,420	0,553	
Fator 5	10	0,91	0,957	0,754	0,588	0,677	0,754
	16	0,54	0,884	0,818	0,584	0,678	
	21	0,39	0,802	0,836	0,619	0,663	
	43	0,35	0,830	0,620	0,426	0,761	
Fator 6	2	0,61	0,898	0,805	0,575	0,658	0,728
	6	0,86	0,983	0,774	0,561	0,657	
	39	0,82	1,063	0,682	0,540	0,662	
	44	1,09	1,311	0,329	0,255	0,791	
	47	1,07	1,137	0,800	0,609	0,631	
Fator 7	23	0,61	0,895	0,809	0,618	0,850	0,863
	27	0,49	0,890	0,851	0,741	0,819	
	32	0,56	0,929	0,906	0,705	0,828	
	36	0,69	1,046	0,763	0,678	0,838	
	45	0,40	0,841	0,855	0,682	0,835	
Fator 8	9	1,12	1,217	0,857	0,674	0,715	0,791
	15	0,87	1,084	0,872	0,740	0,698	
	20	1,14	1,218	0,554	0,445	0,793	
	30	1,08	1,103	0,516	0,402	0,802	
	35	1,10	1,127	0,822	0,618	0,736	
Fator 9	12	1,33	1,286	0,912	0,173	0,744	0,707
	18	1,94	1,496	0,151	0,371	0,694	
	29	2,21	1,231	-0,346	0,547	0,636	
	34	1,86	1,258	-0,007	0,554	0,632	
	37	2,57	1,288	-0,354	0,563	0,628	
	42	2,35	1,282	-0,488	0,472	0,658	